

Zorg voor justitiabelen met triple-problematiek

Elske G. Wits, Hendrien L. Kaal en Marianne M.J. van Ooyen-Houben*

De groep justitiabelen met een combinatie van problematisch middelengebruik, psychische stoornissen en een licht verstandelijke beperking is in Nederland nog nooit expliciet onderwerp van onderzoek geweest. Dit artikel beschrijft de kenmerken van deze doelgroep en de kenmerken van het zorgaanbod dat deze groep - als alternatief voor detentie - kan worden geboden.

Inleiding

Een kwetsbare groep die wel bij justitie aanwezig was maar tot voor kort onderbelicht bleef, is de groep justitiabelen met triple-problematiek: problematisch middelengebruik, psychische stoornissen en een licht verstandelijke beperking (LVB). Over de zorgbehoeften van deze groep - waarbij de term 'zorg' hier wordt gebruikt als overkoepelende term voor ambulante, deeltijd- en klinische vormen van begeleiding en behandeling - is weinig bekend. Vooral de gevolgen van een licht verstandelijke beperking voor de zorg voor justitiabelen met een dubbele diagnose zijn onderbelicht.

Om de criminele recidive onder verslaafde justitiabelen te verminderen, is het Ministerie van Veiligheid en Justitie op zoek naar manieren om verslaafden vaker en gericht vanuit detentie door te leiden naar zorg buiten detentie. Voor deze doorgeleiding maakt justitie onder andere gebruik van de voorwaardelijke straf of de voorwaardelijke schorsing van de voorlopige hechtenis, waarbij delinquenten zorg

* Ir. E.G. Wits is als coördinator werkzaam bij het IVO te Rotterdam. E-mail: wits@ivo.nl.

Dr. H.L. Kaal is projectbegeleider bij het Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum van het Ministerie van Justitie.

Dr. M.M.J. van Ooyen-Houben is projectbegeleider bij het Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum van het Ministerie van Justitie en docent/hoofddocent bij respectievelijk de Erasmus Universiteit Rotterdam en Universiteit Maastricht.

aangeboden krijgen als alternatief voor detentie. Indien de delinquent zich hierbij niet houdt aan de opgelegde voorwaarden of deze niet accepteert, moet de gevangenisstraf alsnog worden uitgevoerd (Bleichrodt, 2009; Van Ooyen, 2004, 2008). Om dit beleid te versnellen en te verbeteren, gaat justitie onder andere zelf zorg inkopen, waarbij in eerste instantie wordt gekeken naar mogelijkheden voor ambulante zorg voor deze doelgroep.

In het kader van deze beleidsontwikkelingen heeft justitie een quickscan laten uitvoeren, waarbij is nagegaan wat de kenmerken en zorgbehoeften zijn van de doelgroep met triple-problematiek en welk zorgaanbod daarbij aansluit (Kaal e.a., 2009). Daarbij is gebruik gemaakt van meerdere informatiebronnen. Eerst is de bestaande literatuur over de doelgroep en het gewenste aanbod bestudeerd. Allereerst is in de Nederlandse en internationale literatuur gezocht naar studies over (behandelinterventies voor) mensen met een licht verstandelijke beperking (LVB'ers) met middelenproblematiek - dan wel middelengebruik in brede zin - en comorbide psychische problematiek. In de databestanden PubMed, Cochrane-database, Google en Google Scholar is gezocht naar studies die in de afgelopen tien jaar (vanaf 1999) zijn verschenen. Dit heeft weinig resultaat opgeleverd.

Omdat over diagnostiek en behandeling van een dubbele diagnose - ook bij justitiabelen - een richtlijn beschikbaar is (Van der Meer, Hendriks & Vos, 2003), is ervoor gekozen om verder te zoeken op de aparte combinaties van een LVB en middelenproblematiek of een LVB en psychische problematiek. Vervolgens heeft een telefonische terreinverkenning plaatsgevonden om te achterhalen welke zorg op dit moment wordt aangeboden aan de doelgroep met triple-problematiek, of het bestaande zorgaanbod aangepast kan worden of dat geheel nieuw aanbod gewenst is. Hierbij zijn ook documenten over het huidige aanbod bestudeerd. Tot slot is een expertmeeting gehouden, waarin deskundigen (uit de ggz, verslavingszorg, justitie/forensische zorg en verstandelijke-gehandicaptenzorg, alsmede cliëntenvertegenwoordigers uit de ggz en enkele wetenschappers) zich bogen over de inhoud die de zorg zou moeten hebben. Daarnaast is een omvangsschatting uitgevoerd, die hier niet wordt besproken.

Doelgroep

Het gaat in dit artikel over justitiabelen met triple-problematiek. Vier termen moeten hierbij nader gedefinieerd worden.

- *Justitiabele*. Het begrip justitiabele duidt in deze context op personen die zich in het strafrechtelijk systeem bevinden. Het kan gaan om

verdachten (bij de politie), gedetineerden (in huizen van bewaring of penitentiaire inrichtingen) of personen die onder toezicht staan van de reclassering.

- *Problematisch middelengebruik.* We hebben het in dit artikel over problematisch middelengebruik wanneer het gebruik van een middel lichamelijke, psychische en/of sociale problemen met zich meebrengt of maatschappelijke overlast (Van Laar e.a., 2008).¹ Hoewel voor deze studie oorspronkelijk werd gefocust op problematisch drugsgebruik, gelden volgens de geraadpleegde experts de meeste conclusies in het hierna volgende onverkort voor problematisch alcoholgebruik.
- *Licht verstandelijke beperking.* In de Nederlandse praktijk wordt doorgaans uitgegaan van een licht verstandelijke beperking wanneer sprake is van een IQ van 50 tot 85 in combinatie met beperkingen van het aanpassingsgedrag (Van Nieuwenhuijzen e.a., 2006), en wanneer de verstandelijke beperking zich reeds voor de leeftijd van achttien jaar manifesteert (Luckasson e.a., 2002). Bij beperkingen van het aanpassingsgedrag moet gedacht worden aan problemen met bijvoorbeeld communicatie, zelfverzorging, zelfstandig kunnen wonen en sociale en relationele vaardigheden.
- *Psychische stoornissen.* Psychische stoornissen definiëren we volgens de DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000). In dit artikel blijven gedragsproblemen bij deze doelgroep buiten beschouwing.

Kenmerken en omvang doelgroep

Over de specifieke kenmerken van de groep met triple-problematiek is weinig bekend; wel is de afgelopen tien jaar relatief veel onderzoek verricht naar verslaafde justitiabelen, al dan niet met comorbide psychische stoornissen. Ook zijn er voldoende bruikbare inzichten over de specifieke kenmerken van mensen met een verstandelijke beperking in het algemeen en sterk gedragsgestoorde LVB'ers in het bijzonder. Uit de verschillende bronnen - vooral vanuit de expertinformatie - is een beeld gevormd van de problematiek. Het blijkt dat problemen op meerdere leefgebieden (zoals een lage opleiding, instabiele leef- en werksituatie, problemen met sociale relaties en financiële problemen) veel voorkomen. Zowel verslaafde justitiabelen als LVB'ers hebben vaak een gebrekkige motivatie voor behandeling en begeleiding. Met name zwakbegaafden (IQ 70-85) zouden hiervoor volgens de experts vaak een lage motivatie hebben, omdat zij hun eigen functioneren

¹ Problematisch gebruik is niet altijd verslaving. Misbruik is een vorm van problematisch gebruik waarbij geen sprake is van verslaving (Van Laar e.a., 2008).

overschatten. Bij de groep LVB'ers met een lager IQ (IQ 50-70) speelt dit minder, doordat zij door hun handicap afhankelijker zijn van zorg uit de omgeving en doorgaans al vanaf de kindertijd omringd worden door allerlei instanties.

Mensen met een licht verstandelijke beperking lijken meer risico te hebben op middelenmisbruik en verslaving; de risicofactoren hiervoor zijn vaker aanwezig in deze groep. Het gaat volgens de geraadpleegde experts met name om gebrek aan 'coping'-vaardigheden en zelfcontrole, beïnvloedbaarheid, sociale en psychische kwetsbaarheid, zelfoverschatting, gebrek aan zelfvertrouwen en het niet overzien van situaties en gevolgen. Uit de literatuur is bovendien bekend dat deze doelgroep vaker dan gemiddeld agressief, depressief en slachtoffer van uitbuiting is (McGillicuddy, 2006; Mutsaers e.a., 2007). Middelengebruik kan voor de LVB-groep, mede vanwege deze risicofactoren, ook bij gering gebruik een andere impact hebben dan bij normaal begaafden, hetgeen gevolgen heeft voor de diagnosticering en voor de te stellen doelen van zorg en begeleiding. Toch lijkt problematisch middelengebruik bij mensen met een verstandelijke beperking in de praktijk vaak niet te worden onderkend, volgens de geraadpleegde experts.

Zorgbehoefte

Zoals aangegeven, staat zorg in dit artikel voor ambulante, deeltijd- en klinische vormen van behandeling of begeleiding. Met begeleiding wordt hierbij bedoeld op praktische ondersteuning bij bijvoorbeeld wonen en dagbesteding. Bij het bepalen van de zorgbehoefte is uitgegaan van de door de doelgroep ervaren zorgbehoefte (volgens de literatuur) en van de zorgbehoefte zoals die door zorgprofessionals voor deze doelgroep wordt ingeschat, op basis van de beschikbare gegevens over de kenmerken van de doelgroep.

Gezocht is naar gegevens over de ervaren zorgbehoefte van de doelgroep met triple-problematiek, maar hier is geen onderzoek naar gedaan. Wel zijn in onderzoek de zorgbehoeften van problematische drugsgebruikers in detentie onderzocht. Deze groep heeft vooral behoefte aan praktische ondersteuning bij bijvoorbeeld huisvesting en financiën (Goderie, 2009; Koeter & Bakker, 2007; Van 't Land e.a., 2005; Oliemeulen e.a., 2007). Uit deze literatuur blijkt ook dat professionals deze praktische hulp echter vooral zien als belangrijk middel om de cliënt te motiveren en om een vruchtbare context te creëren voor behandeling. De primaire zorgbehoefte ligt volgens hen bij de verslavings- en psychische stoornissen.

De geraadpleegde experts bevestigen het hiervoor geschetste beeld: ook de doelgroep met triple-problematiek heeft zelf vooral behoefte

aan praktische ondersteuning, terwijl professionals van oordeel zijn dat ze met name geholpen moeten worden bij hun verslaving en psychische stoornissen. De diversiteit in problemen binnen de doelgroep met triple-problematiek is echter groot, afhankelijk van het type psychische problematiek, het type verslaving en de aard en kenmerken van de LVB. Een individuele benadering is daarom essentieel; meer nog dan gebruikelijk. Op de kenmerken van de benodigde diagnostiek, zorg en begeleiding voor de doelgroep wordt hierna ingegaan.

Screening en diagnostiek

LVB-problematiek heeft belangrijke implicaties voor de te volgen behandelstrategie (zie o.a. Lutjenhuis & Verberne, in voorbereiding). Bij justitiabelen wordt echter zelden een intelligentietest afgenomen. Behalve afname van een IQ-test dient men daarvoor beperkingen van het aanpassingsgedrag vast te stellen, maar in detentie is dit moeilijk. Er zijn dan ook geen Nederlandse praktijken of studies bekend waarin dit succesvol is gedaan (Kaal, 2010). Soms is onderkenning van de LVB moeilijk, doordat iemand bijvoorbeeld geleerd heeft zich als dakloze goed te redden ('streetwise'), terwijl hij wel degelijk kampt met een aantal van de eerder genoemde beperkingen in het aanpassingsvermogen. Een licht verstandelijke beperking komt daardoor vaak laat of niet in beeld. De verstandelijke beperking valt veelal pas op als de behandeling in een ander (regulier) traject niet adequaat is verlopen. Hierdoor worden cliënten met een licht verstandelijke beperking en ernstige psychische stoornissen en/of gedragsstoornissen in niet-LVB-instellingen regelmatig boven hun eigen niveau aangesproken en aangemoedigd om boven hun niveau te presteren (De Borg, 2008). Daardoor liggen mislukkingen en daaruit voortvloeiende teleurstellingen en gebrek aan motivatie voor behandeling op de loer.

Van belang is dan ook dat er in een eerder stadium ('bij de voordeur') vastgesteld wordt of er sprake is van een licht verstandelijke beperking. Naast het belang van vroege diagnostiek benadrukten de geraadpleegde experts dat voor deze doelgroep ook herhaalde diagnostiek van extra groot belang is. Doordat verslaving, psychische stoornissen en verstandelijke beperkingen sterk met elkaar verweven zijn, kan het nodig zijn om in de loop van de behandeling andere prioriteiten te stellen.

Gedifferentieerd en aangepast aanbod

Welk zorgaanbod is nodig bij deze complexe problematiek? Door de experts werd vastgesteld dat een flexibel aanbod nodig is, bij voorkeur

opgebouwd uit modules. Met name de LVB-problematiek is daarbij onderscheidend. Hierna gaan we in op de specifieke kenmerken die de zorg voor deze doelgroep dient te hebben.

Zowel in detentie als in de opvang en zorg moet veel aandacht worden besteed aan de motivatie van cliënten, door een motiverend klimaat te scheppen en door het aanbod zorgvuldig af te stemmen op de behoeften van de cliënt. Motiverende gespreksvoering is een bij de LVB-doelgroep beproefde methodiek (Mendel & Hipkins, 2002; Miller & Rollnick, 2002). Aandacht voor motivatie is nodig om de kans op instroom in de zorg te vergroten en de kans op uitval te verkleinen. De LVB-problematiek vereist daarnaast een aangepaste benadering. Herhaling, visualiseren, oefenen en positieve beloning zijn hierbij kernwoorden (Clerkx & Trentelman, 2007; Degenhardt, 2000; Mutsaers e.a., 2007). De zorg voor LVB'ers moet gericht zijn op het vergroten van zelfvertrouwen van patiënten, zij moet aantrekkelijk en eenvoudig zijn maar niet kinderachtig, en er moet een balans worden gevonden tussen de behoefte aan autonomie en het tegelijkertijd niet kunnen overzien van situaties.

Aangezien binnen de doelgroep sprake is van een problematiek op meerdere terreinen, is een geïntegreerd, omvattend zorgaanbod nodig, bijvoorbeeld voor het aanleren van praktische vaardigheden (bijv. op het gebied van financiën, wonen), sociale vaardigheden (bijv. weerbaarheid) en voor behandeling (gezondheid, verslaving, psychische stoornissen). De voor LVB'ers aangepaste zorg is soms echter toch nog te moeilijk voor de doelgroep. Zo bleek een training cognitieve vaardigheden (COVA-training) bij de ISD-afdeling in PI Amsterdam zelfs in een voor mensen met een licht verstandelijke beperking aangepaste vorm (COVA+) nog steeds te moeilijk. Als het gaat om agressietraining zijn er aanwijzingen dat cognitieve gedragstherapie (CGT) effectief is voor LVB'ers (Didden, 2007; Lindsay, 2007; Lindsay e.a., 2003). Andere therapievormen zijn niet voldoende onderzocht voor deze specifieke doelgroep. In de praktijk worden dan ook veel kleine initiatieven ontplooid, waarbij middels 'trial and error' geprobeerd wordt te achterhalen wat werkt voor deze doelgroep. Uit de expertmeeting kwam naar voren dat wellicht ook non-verbale therapieën (zoals psychomotorische therapie) bij deze doelgroep goed werken. De 'community reinforcement approach' (Clerkx & Trentelman, 2007; Meyers & Smith, 1995) is een grondig onderzochte aanpak van verslaving, die volgens de geraadpleegde experts een goede inbedding zou kunnen bieden voor de aangeboden ambulante interventies. CRA zou relatief gemakkelijk geschikt gemaakt kunnen worden voor de LVB-doelgroep, omdat de methode goed aansluit bij de werkwijze van de

LVB-sector. Op de vraag hoe de benodigde inbreng vanuit verschillende disciplines in een behandeling kan worden geïntegreerd, wordt de organisatievorm van ‘assertive community treatment’ (ACT) als voorbeeld genoemd: een multidisciplinair behandelteam werkt aan een gezamenlijke caseload.

Deskundige begeleiding

Het vergt specifieke kennis en vaardigheden om adequaat met cliënten met een triple-problematiek om te gaan. De kans van slagen hangt daarbij ook af van de geschiktheid van de therapeuten. Bijscholing van het personeel met betrekking tot omgang met cliënten met een LVB- en dubbele-diagnoseproblematiek is volgens de experts dan ook een vereiste. Ook binnen detentie is deze specifieke kennis en kunde nodig. Het zal volgens de geraadpleegde experts veel bijscholing vergen om penitentiaire-inrichtingswerkers te leren om mensen met een LVB te herkennen, observeren, begrijpen, begeleiden en op de juiste wijze te bejegenen.

Een punt dat naast de LVB-problematiek met name aandacht behoeft, is het kunnen omgaan met middelenproblematiek. Ter bescherming van de andere cliënten heeft de LVB-sector vaak middelengebruik als contra-indicatie. Professionals dienen inzicht te hebben in het proces van ontwenning en moeten in staat zijn met terugval in middelengebruik om te gaan. Ook moeten ze gereguleerd gebruik kunnen accepteren en ermee kunnen omgaan. In geval van gereguleerd gebruik dient de begeleiding oog te hebben voor momenten waarop eventueel toch een ontwenningsooging kan worden gedaan.

Voor de doelgroep is een blijvende steunstructuur nodig. Continuïteit, ook na afloop van een bijzondere voorwaarde en over de grenzen van het justitiële kader heen, is dan ook van groot belang. Deze continuïteit wordt nu vaak belemmerd door de verschillende financieringsvormen en indicatiestellingsprocedures. Volgens de geraadpleegde experts zal voor een deel van de doelgroep zelfstandig wonen mogelijk zijn, maar alleen met 24-uursinbedding en wanneer er gezorgd wordt voor een goede dagbesteding en nauwe samenwerking tussen zorg en begeleiding. Een ander deel zou passen binnen beschermd wonen of andere 24-uurszorg. Verschillende experts benadrukten dat mensen met een licht verstandelijke beperking niet samen met normaal begaafden in een zorgvoorziening of -programma geplaatst moeten worden, ter voorkoming van misbruik (als ‘loopjongen’) door normaal begaafden. Een aparte LVB-groep maakt bovendien een structureel andere bejegening beter mogelijk.

Discussie

Problemen op meerdere leefgebieden (zoals een lage opleiding, instabiele leef- en werksituatie, problemen met sociale relaties en financiële problemen) komen veel voor bij justitiabelen met triple-problematiek. Zij hebben vaak een gebrekkige motivatie voor het ontvangen van zorg (behandeling en begeleiding). Deelname aan een zorgtraject buiten detentie als bijzondere voorwaarde is daarom een mogelijk kansrijke methode om recidive te voorkomen, juist bij deze doelgroep. Aangezien de tijd binnen een detentieperiode doorgaans te beperkt zal zijn voor behandeling (behalve in een inrichting voor stelselmatige daders), is de hoop dat zorg buiten detentie in het kader van de bijzondere voorwaarde de recidive kan verminderen. De analyse in dit artikel geeft enig zicht op wat deze groep in dit kader geboden kan worden en wat we hiervan mogen verwachten. Knelpunt is dat de kennis over werkzame interventies voor deze doelgroep versnipperd is, er weinig over op papier staat en het beschikbare aanbod in Nederland veelal niet of nauwelijks voor de LVB-doelgroep is onderzocht.

Volgens de geraadpleegde experts zal aanpassing van bestaande interventies doorgaans volstaan om een passend aanbod voor justitiabelen met triple-problematiek te creëren. Het is echter wel duidelijk dat het om behoorlijke aanpassingen gaat, die de inhoud van het aanbod een nieuw gezicht geven. Ook screening en diagnostiek dienen te worden aangepast. Een licht verstandelijke beperking komt nu vaak laat of niet in beeld. Binnen het gevangeniswezen worden inmiddels de eerste stappen gezet om een screeningsinstrument te ontwikkelen om de problematiek van gedetineerden in kaart te brengen², maar hierbij lijkt vooralsnog onvoldoende aandacht te zijn voor mogelijke LVB-problematiek. Nog onderzocht moet worden of instrumenten die gebaseerd zijn op de DSM-IV of ICD-10 voor het vaststellen van een diagnose middelenmisbruik of verslaving, tevens geschikt zijn voor mensen met een licht verstandelijke beperking.

Onder meer verslavingszorginstellingen zijn actief bezig hun zorgprogramma's aan te passen. Volgens het veld kijken instellingen echter veelal naar elkaar als het erom gaat wie de benodigde zorg gaat leveren. Instellingen die wel met triple-problematiek kunnen omgaan, geven aan dat er een lange wachtlijst is. De LVB-sector vreest dat screening op LVB-problematiek zal leiden tot een enorme toestroom, waarvoor de ogen op hen gericht zullen zijn. In veel instellingen in de ggz wordt nauwelijks behandeling geboden aan justitiabelen met triple-

2 Het gaat hier om het project ISS (inkomsten, screening en selectie) dat onderdeel is van het programma Modernisering Gevangeniswezen (MGw).

problematiek. Voor zover behandeling ambulant aangeboden kan worden, zal dit zonder intensieve begeleiding niet voldoende waarborgen bieden voor succes. Tegelijkertijd lijkt de gevraagde intensieve begeleiding nog nauwelijks te worden aangeboden.

De benodigde zorg is, zoals gezegd, omvangrijk en intensief. Dit is lang niet voor iedereen aantrekkelijker dan een korte gevangenisstraf. Een knelpunt is dan ook dat mensen kunnen kiezen voor straf. Het komt er dus op aan de doelgroep stevig te motiveren om toch de drempel van de zorg over te gaan. Als de zorg professioneel en adequaat weet aan te sluiten bij de behoeften van de doelgroep, kan de cliënt alsnog een intrinsieke motivatie tot verandering ontwikkelen. Wel moet het motiveringstraject dan zo vroeg mogelijk worden ingezet. Dit begint al op het moment dat de cliënt nog in detentie zit. Zo is het belangrijk goed duidelijk te maken wat de bijzondere voorwaarde inhoudt. Ook moet de aangeboden zorg zo aantrekkelijk mogelijk zijn, zowel wat betreft de vorm als de beoogde resultaten. Zorgvuldigheid in de invulling van het aangeboden zorgpakket, zowel inhoudelijk als organisatorisch, is dan ook een randvoorwaarde om de justitiabele in het gewenste traject te krijgen.

Tot slot dient men zich te realiseren dat deze groep blijvende ondersteuning nodig heeft om het risico op terugval in de criminele recidive te beperken. Zonder intensieve zorg na afloop van de bijzondere voorwaarde blijft het risico op terugval in de criminele recidive onverminderd groot.

Literatuur

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV TR)* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Bleichrodt, E. (2009). De herontdekking van de bijzondere voorwaarde. *Proces*, 6, 304-314.
- Clerkx, M., & Trentelman, T. (2007). Van kei en eik. Over de behandeling van ver-slaving bij volwassen mensen met een lichte verstandelijke handicap. In R. Didden & X. Moonen (red.), *Met het oog op behandeling. Effectieve behandeling van gedragsstoornissen bij mensen met een licht verstandelijke beperking* (pp. 105-112). Utrecht/Den Dolder: LKLG/De Borg.
- De Borg (2008). *Behandelvisie (forensische) SGLVG*. Den Dolder: De Borg.
- Degenhardt, L. (2000). Interventions for people with alcohol use disorders and intellectual disability: A review of the literature. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 30, 135-146.
- Didden, R. (2007). Effectieve behandeling van jeugdigen en volwassenen met een lichte verstandelijke beperking: een beschouwing. In R. Didden & X. Moonen

- (red.), *Met het oog op behandeling: effectieve behandeling van gedragsstoornissen bij mensen met een licht verstandelijke beperking* (pp. 129-135). Utrecht/Den Dolder: LKLVG/De Borg.
- Goderie, M. (2009). *Problematiek en hulpvragen van stelselmatige daders*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- Kaal, H.L. (2010). *Beperkt en gevangen? De haalbaarheid van prevalentieonderzoek naar verstandelijke beperking in detentie*. (Cahier 2010-11.) Den Haag: WODC.
- Kaal, H.L., Ooyen-Houber, M.M.J. van, Ganpat, S., & Wits, E. (2009). *Een complex probleem: passende zorg voor verslaafde justitiabelen met co-morbide psychiatrische problematiek en een lichte verstandelijke handicap*. (Cahier 2009-11.) Den Haag: WODC.
- Koeter, M., & Bakker, M. (2007). *Effectevaluatie van de strafrechtelijke opvang verslaafden*. Den Haag: Boom.
- Laar, M.W. van, Cruts, A.A.N., Verdurmen, J.E.E., Ooyen-Houben, M.M.J. van, & Meijer, R.F. (2008). *Nationale drug monitor. Jaarbericht 2007*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Land, H. van 't, Duijvenboden, K. van, Plas, A. van der, & Wolf, J. (2005). *Opgevangen onder dwang. Procesevaluatie strafrechtelijke opvang verslaafden*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Lindsay, W. (2007). Offenders with mild intellectual and developmental disabilities: Epidemiology, assessment and treatment. In R. Didden & X. Moonen (red.), *Met het oog op behandeling: effectieve behandeling van gedragsstoornissen bij mensen met een licht verstandelijke beperking* (pp. 41-53). Utrecht/Den Dolder: LKLVG/De Borg.
- Lindsay, W.R., Allan, R., Macleod, F., & Smith, A.H.W. (2003). Long term treatment and management of violent tendencies of men with intellectual disabilities convicted of assault. *Mental Retardation*, 41, 47-56.
- Luckasson, R., e.a. (2002). *Mental retardation: Definition, classification, and systems of supports*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- Lutjenhuis, B., & Verberne, G.J., Samenwerkingsverband 'De Borg' (red.) (in voorbereiding). *Aanzet tot een formularium psychologische diagnostiek voor cliënten met een lichte verstandelijke beperking en ernstig probleemgedrag (SGLVG): concept d.d. december 2008*.
- McGillicuddy, N. (2006). A review of substance use research among those with mental retardation. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 1, 41-47.
- Mendel, E., & Hipkins, J. (2002). Motivating learning disabled offenders with alcohol-related problems: A pilot study. *British Journal of Learning Disabilities*, 30, 153-158.
- Meyers, R.J., & Smith, J.E. (1995). *Clinical guide to alcohol treatment: The Community Reinforcement Approach*. New York: Guilford Press.
- Miller, W.R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change*. New York: Guilford Press.
- Mutsaers, K., Blekman, J.W., & Schipper, H.C. (2007). *Licht verstandelijk gehandicapten en middelengebruik. Wat is er tot op heden bekend?* Utrecht: Trimbos-instituut.
- Nieuwenhuijzen, M. van, Orobio de Castro, B., & Matthys, W. (2006). *LVG jeugdigen: specifieke problematiek en behandeling*. Utrecht: Landelijk Kenniscentrum LVG.
- Oliemeulen, L., Vuijk, P., Rovers, B., & Eijnden, R. van den, e.a. (2007). *Problematische alcoholgebruikers, druggebruikers en gokkers in het gevangeniswezen*. Rotterdam: IVO.

- Ooyen-Houben, M. van (2004). Drang bij criminele harddruggebruikers, een onderzoek naar de toepassing van drang in Nederland. *Tijdschrift voor Criminologie*, 46, 233-248.
- Ooyen, M. van (2008). Quasi-compulsory treatment in the Netherlands: Promising theory, problems in practice. In A. Stevens (red.), *Crossing frontiers. International developments in the treatment of drug dependence - lessons for UK* (pp. 131-152). Londen: Pavilion.
- Stein, L.I., & Santos, A.B. (1998). *Assertive community treatment for people with severe mental illness*. New York: Norton.
- Stel, J. van der (2006). *Co-morbiditeit. Verslaving plus een psychische stoornis*. Den Haag: ZonMw/Programma Verslaving.